



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION VERACRUZ SUR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 35
COSAMALOAPAN VER.

**APOYO SOCIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF No. 40 NOPALTEPEC, VER.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA

FAMILIAR

PRESENTA:

GILBERTO ARANO SALOMON

COSAMALOAPAN

2014

VER.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**APOYO SOCIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF No. 40 NOPALTEPEC, VER.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GILBERTO ARANO SALOMON

AUTORIZACIONES:



DRA. ILICH VERANO RODRIGUEZ RAMIREZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES SEDE CORDOBA VER.



DRA. MARIA YAZMIN HERNANDEZ AMBROSIO

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS



DRA. ROSALINDA VERA JIMENEZ

ASESOR DEL TEMA DE TESIS


**APOYO SOCIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS 2 EN LA UMF No.40 NOPALTEPEC, VER.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GILBERTO ARANO SALOMON

AUTORIZACIONES



DR. SERGIO GERARDO MARIN FLORES
JEFE DE PRESTACIONES MÉDICAS
DELEGACIÓN VERACRUZ SUR



DR. JOSE ARTURO CORDOVA FERNANDEZ
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD



DR. CARLOS FRANCISCO VAZQUEZ RODRIGUEZ
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**APOYO SOCIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF No. 40
NOPALTEPEC, VER.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

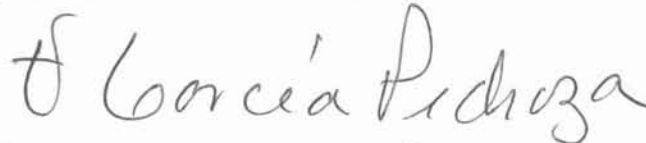
PRESENTA

DR. GILBERTO ARANO SALOMON


AUTORIZACIONES


DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

**JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
**COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
**COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

INDICE

RESUMEN.....	1
MARCO TEORICO.....	2
JUSTIFICACION:.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVOS	13
HIPOTESIS	14
METODOLOGIA	14
PROCEDIMIENTO:	19
ASPECTOS ÉTICOS:	20
RESULTADOS:.....	22
DISCUSIÓN:	25
CONCLUSIONES:.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXOS	30

APOYO SOCIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF No. 40 NOPALTEPEC, VER.

Gilberto Arano-Salomón 1, María Y. Hernández-Ambrosio², Rosalinda Vera-Jiménez³.

Médico residente de tercer año del curso de especialización para médicos generales de base del IMSS 1, Coordinador clínico de educación e investigación en salud HGZ MF 35 Cosamaloapan Ver. Delegación Veracruz Sur², profesor adjunto del Curso de especialización en Medicina Familiar modalidad semipresencial HGZ MF 35 Cosamaloapan Ver. Delegación Veracruz Sur 3.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el apoyo social y la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la UMF No.40 Nopaltepec, Ver. **MATERIAL Y METODOS:** Encuesta transversal comparativa realizada en el mes de Abril 2014, en 61 pacientes diabéticos aplicando el cuestionario Duke para determinar el apoyo social y el Apgar para funcionalidad familiar. **Resultados:** 61 pacientes 70.5% Femenino 29.5% masculino, edad $\times 58.2 \pm 10.5$ años, estado civil casados 60.7%, actividad laboral ama de casa 47.5% , 44 descontrolados y controlados 17, evolución 9.5 ± 8.5 años, glucemia $\times 187.4 \pm 74.8$, tipología familiar nuclear 49.2% $P=0.00$, apoyo social global $\times 36 \pm 9.7$ $P=0.98$ NS, apoyo normal 62.3% $p=0.05$ NS subdividido en 1) Factor Afectivo 5.1 ± 3.9 $P=0.60$ apoyo normal 63.9% $P=0.03$, 2) Factor Confidencial 20.8 ± 6.6 $P=0.30$ apoyo normal 67.2% $P=0.00$. Apgar $\times 8.4 \pm 1.9$ $P=0.00$. De los 17 pacientes controlados 3 disfuncionales de 44 descontrolados 7 disfuncionales, 52.5% no consumen Glibenclamida $P=0.07$ NS, 72.1% consumen Metformina $P=0.00$, 82% no utilizan insulina $P=0.00$, 93.4% no apego a dieta $P=0.00$ y 52% consume otros fármacos $P=0.70$ NS. Correlación entre funcionalidad familiar y apoyo social R de Spearman 0.32 $p=.012$ y la asociación entre funcionalidad familiar y pacientes controlados Vs descontrolados fue de RM 0.74 IC de 0.23-2.33 **Conclusiones:** El apoyo social y la funcionalidad familiar no influyen en el paciente diabético.

Palabras clave: Diabetes mellitus, Apoyo social, Funcionalidad familiar.

Comunicación con: Gilberto Arano Salomón

gilbertoarsalom75@hotmail.com

Tel 2888825543

MARCO TEORICO

La diabetes es un síndrome clínico que resulta de la secreción deficiente de insulina, es un trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina. La NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control (70-130 mg/dl) de la Diabetes Mellitus define a la Diabetes Mellitus tipo 2 como el tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción. ^(1,2,3,4)

La Diabetes Mellitus es una de las principales causas de demanda de atención médica, incapacidad y mortalidad; tiene enormes repercusiones económicas y sociales, y un costo tremendo para cualquier sistema de salud. La atención del paciente en forma ideal debe ofrecer como resultado la ausencia de síntomas atribuibles a la enfermedad y la prevención de las complicaciones agudas y tardías de la misma, es una enfermedad cuya prevalencia mundial ha incrementado en los últimos años. En muchos países representa un problema de salud pública por su repercusión sobre la calidad de vida de los individuos afectados, estimándose a nivel mundial en el año 2000, 35 millones que padecen DM2, esperando que para el año 2025 aumente a 65 millones del total de la población con una relación 2:1 hombre/mujer, La prevalencia de la Diabetes Mellitus en Estados Unidos es del 6.6% y se considera que un 11.2% de las personas presenten una tolerancia alterada de la glucosa. En nuestro país la diabetes se ha convertido en la primera causa de muerte al contribuir en un 12% al total de muertes, también es la primera causa de muerte a escala nacional en el IMSS representado una carga económica para el individuo y la sociedad. ^(1,5,6,7,8)

En México, uno de cada ocho pacientes tiene Diabetes Mellitus tipo 2 de inicio temprano antes de los 40 años de edad; se caracterizan además de por la edad de aparición, por requerir en forma más temprana insulina y por el descontrol metabólico crónico; con un riesgo muy alto de desarrollar complicaciones. La mayoría de estos pacientes no asisten con regularidad a consulta con sus médicos, esto probablemente por dar prioridad al trabajo y resolver sus necesidades familiares. ^(1,7,8,9,10)

En la consulta externa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán (INCMNSZ), los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 tienen una edad promedio de 55 años y una duración promedio de la diabetes de 12 años, una tercera parte son insulino-requirientes y con base en un programa de manejo con objetivos terapéuticos

muy precisos, los valores promedio de hemoglobina glucosilada A1c son de 9.0% (cifras aún muy elevadas, pero cercanas a las publicadas en otros centros de EUA en grupos de edad y de duración de la diabetes similares). Las características de estos pacientes son similares a las que se publican en estudios de otras unidades de segundo y tercer nivel de atención médica en el país. Estudios epidemiológicos recientes (ENSANUT 2006) destacan el grave problema de descontrol metabólico reportándose que el 56% de los pacientes tenían descontrol metabólico muy importante con cifras de Hb glucosilada A1c mayores de 12%. Principal factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones de la diabetes en México como las siguientes: Nefropatía, Retinopatía, Neuropatía, y el pie diabético. (1,7,8,11)

Por tratarse de una enfermedad crónica, la demanda principal recae en el paciente y en su familia. Por tal motivo, un concepto básico del manejo consiste en reconocer que la forma de practicar la medicina debe cambiar y se debe involucrar al paciente y a la familia; esto es, ya no es posible que el médico simplemente indique el tratamiento y el paciente obedezca en forma pasiva. Este cambio en los modelos de atención de las enfermedades crónicas tiende a implementarse de manera gradual, aunque el exceso en la carga asistencial y la falta de apoyo multidisciplinario dificultan que ello ocurra en la práctica. (12,13)

La pobre adherencia al tratamiento es un problema frecuente en pacientes con enfermedades crónicas, en particular cuando éstas incluyen cambios en el estilo de vida, es importante insistir que el paciente acepte su enfermedad con todo lo que ella implica, para ello se requiere mayor educación y programas de salud dirigidos a la población en general y los modelos de atención deben de estar orientados hacia un esquema propicio para el manejo de enfermedades crónicas. Es importante tomar en cuenta que el bienestar de un individuo está supeditado a las interacciones que el individuo tiene con otras personas como los propios familiares, este sentido de bienestar conlleva a la persona a vivir con calidad. (14)

El éxito o fracaso de los pacientes diabéticos tipo 2 está determinado por los siguientes aspectos: a) el tratamiento y la enfermedad, b) los factores intrapersonales, c) los factores interpersonales (calidad de la relación entre los pacientes y los prestadores de la atención, apoyo familiar y social); d) los factores ambientales. La experiencia de vivir con

diabetes tipo 2 no se limita a la persona enferma, sino que se extiende a su red social más cercana, que es la familia. De esta forma, se pone de manifiesto que el apoyo familiar repercute en la manera en la que los enfermos aceptan su enfermedad y se adaptan a ella, ya que en la medida que la persona siente que es aceptada, amada y estimada por los miembros de la familia, se ha llegado a establecer su asociación con el bienestar psicológico y satisfacción, sin embargo el apoyo social tiene un papel importante en el control de la enfermedad ya que es una fuente generadora de apoyo ante el enfermo. ⁽¹⁵⁾

El apoyo social es un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva, teniendo también un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que supone la enfermedad. Como red de apoyo social, la familia favorece el cumplimiento del tratamiento médico y los pacientes que perciben apoyo familiar con mayor frecuencia presentan cifras de glucosa controlada. El concepto de apoyo social es relativamente reciente y nace en la década de los años setenta en la escuela de antropología británica de la Universidad de Manchester, se define como un proceso interactivo en el que la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social en la que se encuentra inmerso. ^(16, 17, 18,19)

El apoyo social y familiar constituye un factor determinante en las conductas de adherencia a los tratamientos de la diabetes, la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional, por ello el paciente diabético utiliza una de las habilidades de afrontamiento más utilizadas que es la búsqueda de apoyo social. ^(18,19,20,21)

El cuestionario de Duke- UNC-11 es un instrumento validado con un alfa de Cronbach de 0.77% el cual consta de 11 preguntas, diseñado en 1982 siendo modificado y validado por Broadhead, tras la validación del cuestionario quedó reducido a dos dimensiones: 1) Apoyo confidencial y 2) Apoyo afectivo, el primero comprende la posibilidad de contar con personas para comunicarse y el segundo comprende las demostraciones de amor cariño y empatía. También se puede medir el apoyo social global incluyendo ambos el confidencial y afectivo con una estratificación de Normal y Bajo. ^(22, 23)

El cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11 de Broadhead et al., (1988) ha sido validado en España tanto en población en general (Bellón, Delgado, Luna del Castillo & Iardelli, 1996, Saameño, Sánchez, Castillo & Claret, 1996) como con personas seropositivas al VIH (De la Revilla, Marcos-Ortega, Castro-Gómez, Aybar-Zurita, Marín Sánchez & Mingorance-Pérez, 1994; Remor). En cuanto a los primeros, estos es, los estudios que tuvieron entre sus muestras a sectores de la población en general, en uno se obtuvo una estructura factorial similar a la versión en inglés – apoyo social de confianza y apoyo social afectivo – (Bellón et al., 1996), estableciéndose como criterio de corte de un bajo apoyo social si se obtenía una puntuación ≤ 32 puntos totales, de mínimos y máximos posibles de 11 y 55 puntos, respectivamente (véase de Ruiz, de Labry, Delgado, Herrero, Pasquau et al., 2005). Por lo que hace a la adaptación y validación del mismo instrumento en personas seropositivas al VIH (De la Revilla et al., 1994; Remor 2002), en ambos casos se obtuvo una estructura factorial similar a la versión en inglés, con valores del α Cronbach que oscilaron entre .93 y .90, respectivamente. ⁽²⁴⁾

Se realizó un estudio observacional transversal prospectivo descriptivo con una población de 364 pacientes diabéticos tipo 2 derechohabientes del ISSSTE de la C.M.F. Oriente en la Cd. De México para conocer la confiabilidad de consistencia interna que tiene el cuestionario de Duke-UNC-11 se obtuvo que el 29.9% de los pacientes no pertenecen a ningún grupo de apoyo, el 75.8% de los pacientes estaban descontrolados, el apoyo social que percibe el paciente diabético es normal en 64.3% y el 35.7% es percibido como bajo. La relación entre el apoyo social y el control de los niveles de glucemia actual mostró una correlación negativa concluyendo que es un instrumento válido y fiable para valorar el grado de apoyo social global y de sus dos dimensiones, permitiendo así descubrir situaciones de riesgo social, para programar y llevar a cabo intervenciones en todos los niveles sobre todo preventivo. ⁽²⁵⁾

En otro estudio de casos y controles en el cual se determinó la asociación entre apoyo social y control glucémico en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 usuarios de las Unidades de Medicina Familiar 9, 10, 13, 14,15 y 16 del IMSS de la Delegación de Querétaro, se incluyeron 70 pacientes para cada grupo, un grupo incluyó pacientes con control glucémico, el otro grupo quedó conformado por pacientes sin control glucémico, se les aplicó el Duke-UNC-11 para evaluar sus dos dimensiones, concluyendo con lo

siguiente: el promedio de edad fue de 57 ± 9.8 años en los pacientes controlados en comparación con los no controlados que fue de 53 ± 10.2 años, en ambos grupos predominó el sexo femenino con 61 y 59% respectivamente, no se observó diferencia significativa en cuanto al apoyo social presentó diferencia estadística significativa con $p=0.00$ para un apoyo social global , $p=0.013$ apoyo social afectivo y $p=0.005$ con apoyo social confidencial, mediante regresión logística se obtuvo una $p=0.00$ demostró que contar con apoyo social global presenta una $p=0.005$ no así para el apoyo social afectivo con una $p=0.242$ y para el confidencial $p=0.273$ se concluye que contar con apoyo global, afectivo y confidencial normal tiene una probabilidad del 79% de lograr un control glucémico a diferencia del 28% en donde el apoyo es bajo. ⁽¹⁵⁾

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran, en el caso de aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad. Sin embargo, la familia como sistema juega un papel importante, no solo en el proceso generador de la enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas, esto va a depender, de si la familia es funcional o no. ⁽²⁶⁾

Con respecto a la funcionalidad familiar podemos definirla como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa; el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica, términos que por su connotación resultan controvertidos y para determinar el grado de funcionalidad familiar, se cuenta con algunos instrumentos de evaluación, entre ellos el APGAR familiar, FACES III, Environ mental Barriersto Adherence Scales, entre otros. Pero uno de los más utilizados en la práctica es el APGAR familiar, que mide la funcionalidad familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad, mide los siguientes parámetros: Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, Afecto y Resolución obteniendo los siguientes criterios: Disfunción grave, Disfunción moderada, y familia funcional. ⁽²⁷⁾

El APGAR Familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de las familias, es útil para la identificación de familias con riesgo, fue creado en 1978 como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función de la familia. ⁽²⁸⁾

Este cuestionario consta de 5 preguntas, mide la funcionalidad familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad, mide los siguientes parámetros: Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, Afecto y Resolución con la suma de la puntuación en cada uno de los parámetros se obtienen los siguientes criterios: Disfunción grave =00-03, Disfunción moderada =de 04 a 06, y familia funcional =07-10. ⁽²⁹⁾

En un estudio descriptivo, transversal, realizado en la UMF del ISSSTE en Tekax, Yucatán con una muestra de 109 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 a los cuales se les aplicó una encuesta para investigar los aspectos sociodemográficos y el Apgar Familiar se encontró que el 66% de la muestra fue de sexo femenino , el 66% correspondió al grupo de 60 años y más, el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 20 a 30 años, el 66% estaban sin control metabólico, el 59.7% tenía nulo apego a la dieta y ejercicio, el 72.4% de los sujetos encuestados recibían tratamiento oral, seguido de 17% que recibían tratamiento con medicamentos orales combinados con insulina y solo el 10% recibía exclusivamente insulina, el 66% de los participantes tenía una disfunción familiar leve, en los pacientes normoglucémicos se observó 61.1% con el apoyo familiar y en los hiperglucémicos 60.2% concluyéndose que el apoyo familiar es importante para alcanzar las metas del control metabólico, la falta de este es un factor que junto con los otros determinantes conlleva a un descontrol del paciente diabético. ⁽³⁰⁾

En otro estudio en el cual se evaluó la funcionalidad familiar y apoyo social, realizado en 87 pacientes diabéticos adultos insulino dependientes y amputados en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes evaluándose la funcionalidad familiar y el apoyo social se obtuvo que el 82.8% de los pacientes compartían alta funcionalidad con el grupo familiar, el 12.6% tenían disfunción familiar moderada y el 4.6% disfunción familiar severa, al investigar el apoyo social se encontró que el 75% tienen menos de 10

amigos, y más del 25% menos de 2 amigos, lo que indica que predomina la calidad del soporte social emocional , afectivo, instrumental, de interacción social positiva, por lo que el índice global fue máximo, el apoyo afectivo fue máximo en 38 pacientes 47 pacientes tuvieron afecto medio y solo 2 pacientes apoyo mínimo. ^(31,32)

El objetivo de este trabajo fue determinar el apoyo social, la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en una unidad de primer nivel de atención.

JUSTIFICACION:

Hablar de control del paciente diabético implica pensar en una gama de influencias desde intrapersonales, interpersonales, ambientales, sin dejar de mencionar la amplia gama de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos los cuales han sido ampliamente abordados ya por diversos estudios, la medicina actual se ha vuelto más materialista y biologicista; dejando atrás la verdadera esencia de nuestra profesión, nos olvidamos que cada paciente es una unidad biopsicosocial conectada con su familia y la sociedad sin embargo nos enfocamos más solo en el aspecto biológico; sin embargo muchas veces en la atención brindada en el paciente diabético no se toma en cuenta aspectos que de alguna manera pueden ser parte de una buena evolución en razón de la patología presentada, por lo que se considera pertinente identificar la funcionalidad familiar prevalece en el entorno del paciente diabético así como el apoyo social dado, de tal manera que nos permita identificar la influencia de este último en el control o descontrol del paciente diabético, en base a los resultados obtenidos se puedan implementar estrategias que impacte de tal manera que modifiquen o tal vez cambien estilos de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El control médico de las patologías crónicas degenerativas incluye intervenciones de tipo farmacológico, clínico, de diagnóstico, de autocuidado (fomento y prevención), llevada a cabo en las consultas de medicina familiar, con la finalidad de llevar exitosamente el control metabólico y prevenir la aparición temprana de complicaciones médicas degenerativas en el paciente. El médico especialista en medicina familiar como profesional de la salud es el encargado del cuidado integral y mantenimiento de la salud del paciente, donde lleva a cabo actividades de interacción con la salud biológica y familiar.

De acuerdo a La Organización Mundial de Salud especifica que en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, se calcula que en el 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencia de la diabetes mellitus, más del 80% de las muertes de diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios, casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres, la OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre el 2005 y el 2030. La diabetes tipo 2 representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física, hasta hace poco, la diabetes tipo 2 sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños. Por lo que una dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación de tabaco pueden prevenir la diabetes tipo 2 o retrasar su aparición, por lo que las actividades en el primer nivel de atención son de gran importancia desde antes de la enfermedad identificando factores de riesgo, con la promoción y educación a la salud, y ante los casos de diabetes nuestro propósito comprende la organización de la atención médica por medio de un equipo multidisciplinario (médico, enfermería, nutrición, estomatólogo, trabajo social, centrándose en las necesidades y los valores de los pacientes informando en las medidas de autocuidado, automonitoreo interrelacionando a la familia para lograr un control metabólico, previniendo y/o identificando en forma temprana las complicaciones y otorgando un tratamiento y derivaciones oportunas.

La Federación Internacional de Diabetes documenta que más de 371 millones de personas tienen diabetes, para 2030 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 552 millones.

El número de personas con diabetes está aumentando en cada país 4 de cada 5 personas con diabetes viven en países de ingresos bajos y medios, por lo que México ocupa el sexto lugar a nivel mundial. La mayoría de los diabéticos tienen entre 40 y 59 años de edad, la mitad de estos no son conscientes de su condición, siendo ésta enfermedad la causante de 4,8 millones de muertes en el 2012. La diabetes ha originado al menos 471,000 millones de dólares de gasto sanitario en 2012; el 11% de los gastos totales en sanidad en adultos (20-79 años) y 78,000 niños desarrollan diabetes tipo 1 cada año.

En nuestro país la encuesta nacional de salud y nutrición 2012 especifica que la diabetes se encuentra entre las primeras causas de muerte en México, 6.4 millones de personas refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes, la proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes es de 9.2%* (ENSA 2000 fue de 4.6%; ENSANUT 2006 fue de 7.3%) la cifra de diagnóstico previo aumenta después de los 50 años los estados con prevalencias más altas son: Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí. Representa un gasto de 3,430 millones de dólares al año en su atención y complicaciones, el incremento en actividad física, dieta adecuada y reducción de peso, disminuyen el riesgo de desarrollar diabetes entre 34% y 43%, efecto que puede durar de 10 a 20 años después de concluida la intervención.

El médico especialista en medicina familiar no trata únicamente las enfermedades, sino también se ocupan de las personas, de la comunidad y la sociedad, a través de una armonía de roles. Utiliza la relación médico-paciente y la comunicación en la que se basa como su herramienta de diagnóstico y terapéutico más importante. El dominio de la práctica de la medicina familiar encuentra su centro en la relación con la persona y la familia, por ello es importante en el presente estudio investigar el apoyo social y familiar como factores determinantes en las conductas de adherencia a los tratamientos de la diabetes y control metabólico del paciente diabético.

Por lo tanto el presente estudio se realiza para conocer el apoyo social y la funcionalidad familiar en los pacientes diabéticos, de donde se origina la pregunta de investigación:

¿Cuál es el apoyo social y la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos a la UMF No.40 Nopaltepec, Veracruz?

OBJETIVO GENERAL

Determinar el apoyo social y la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos a la UMF No.40 Nopaltepec, Veracruz.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer la prevalencia de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos en la UMF No.40 Nopaltepec, Veracruz.

Identificar factores sociodemográficos como la edad, el género, ocupación y estado civil predominante de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos en la UMF No.40 Nopaltepec, Veracruz.

Conocer el tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos en la UMF No.40 Nopaltepec, Veracruz.

Identificar el tipo de tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF 40 de Nopaltepec, Veracruz

.

Identificar la tipología familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos a la UMF No.40 Nopaltepec, Veracruz.

Determinar el apoyo social en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos a la UMF No.40 Nopaltepec, Veracruz.

Determinar la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos a la UMF No.40 Nopaltepec, Veracruz.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Hipótesis Nula:

El apoyo social y la funcionalidad familiar es normal en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos a la UMF No.40 Nopaltepec, Veracruz.

Hipótesis alterna:

El apoyo social es bajo y existe disfunción familiar en pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la UMF No.40 Nopaltepec, Veracruz.

MATERIAL Y METODOS

1.-DISEÑO DEL ESTUDIO: TIPO DEL ESTUDIO.

Descriptivo, transversal.

2.-UNIVERSO DE TRABAJO

Estará constituido por todos los pacientes adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus adscritos a la consulta externa de Medicina familiar de la UMF No.40 Nopaltepec Veracruz.

3.-UNIDAD DE ANALISIS

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus adscritos a la UMF No.40 Nopaltepec Veracruz.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La muestra estará constituida por el total del censo de pacientes con diabetes tipo 2 de la UMF No. 40 Nopaltepec, Veracruz.

SELECCIÓN DE TAMAÑO DE MUESTRA:

Estará constituida por 61 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 registrados en el censo nominal de la unidad que cumplan con los criterios de inclusión adscritos a la UMF No. 40 de Nopaltepec, Veracruz.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos a la UMF No. 40.
- Ambos sexos mayores de 18 años.
- Que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Pacientes que no acepten participar y no firmen consentimiento informado.
- Pacientes que se encuentren hospitalizados durante el tiempo del estudio.
- Pacientes incapacitados mentalmente para realizar la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que en cualquier momento del estudio decidan retirarse de éste.
- Cuestionarios ilegibles o que no sean contestados en su totalidad.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Apoyo social

Definición conceptual: Proceso interactivo en el que la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social en la que se encuentra inmerso.

Definición operacional: Es el proceso mediante el cual se evalúa la posibilidad de contar con personas para comunicarse y/o demostraciones de amor, cariño y empatía en el momento de la encuesta, se evaluará mediante el instrumento de DUKE el apoyo social consta de 2 dimensiones: apoyo afectivo y confidencial con las siguientes puntuaciones:

Apoyo confidencial normal 18-35 y bajo 7-17.

Apoyo afectivo normal 15-20 y bajo 4-14.

Global Normal con un puntaje entre 33-55 Bajo con puntajes entre 11 y 32.

Tipo de variable: Nominal Dicotómica

Indicador: Normal o bajo.

Funcionalidad familiar.

Definición conceptual: Se le define como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

Definición operacional: Se evaluara mediante el Instrumento APGAR a través del cual se obtiene información en relación a la situación funcional de sus familias, obteniendo las siguientes puntuaciones: 0-3 puntos familia altamente disfuncional, 4-6 moderada disfunción familiar, 7-10 familia funcional.

Tipo de variable: Nominal Dicotómica

Indicador: funcional o disfuncional.

Diabetes Mellitus tipo 2.

Definición operacional: Para fines de este estudio se considerará paciente Diabético tipo 2, cuando en el expediente esté referido en base a los síntomas como lo es la polidipsia, poliuria, polifagia, baja de peso pero además con resultados de una glucemia en cualquier momento del día 200 mg/dl , también con criterios bioquímico con o sin

síntomas clínicos, para confirmar el diagnóstico de diabetes : A1C a 6.5% (en laboratorio con método estandarizado),glucosa en ayunas mayor o igual a 126mg/dl.

Tipo de variable: Nominal Dicotómica

Indicador: controlado y descontrolado.

Edad:

Definición conceptual: Es el lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia, se mide en años.

Definición operacional: Pacientes portadores de Diabetes Mellitus de la UMF 40, con edad comprendida mayores de 18 años.

Tipo de variable: Cuantitativa, Continua.

Indicador: Edad referida a partir de los 18 años.

Género

Definición conceptual: Condición biológica que distingue a las personas en mujeres y hombres.

Definición operacional: Se considerará como hombres y mujeres a las características fenotípicas que presente el entrevistado.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal dicotómica

Indicador: Masculino, femenino.

Ocupación:

Definición conceptual: Tarea o actividad laboral que desempeña la población en su área de trabajo.

Definición operacional: Actividad laboral que actualmente se encuentre desempeñando que le genere o no remuneración económica.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal, Politémica.

Indicador: Obrero Campesino, Profesionista, Pensionado, Comerciante, ama de casa.

Estado civil:

Definición conceptual: Condición de unión o matrimonio en el momento de la entrevista de las personas de 12 y más años de edad, de acuerdo con las costumbres o leyes del país.

Definición operacional: Estado civil que el interesado refiera en el momento de la entrevista.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal, politómica.

Indicador: Soltero, Unión libre, Casado, Divorciado.

Tipología familiar:

Definición conceptual: Clasificación de la familia según sus características y valores.

Definición operacional: Se identificará mediante una encuesta que será aplicada para poner en claro a que tipología de familia corresponde al momento de la entrevista.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal, politómica

Indicador: Nuclear, Seminuclear, Extensa, Compuesta, Múltiple, Extensa modificada.

Tiempo de evolución:

Definición conceptual: Tiempo estimado en días, meses o años que un paciente se sabe que es portador de un padecimiento al ser diagnosticado y notificado por un médico de su padecimiento.

Definición operacional: Para fines de este estudio se considerará al tiempo desde el diagnóstico inicial que ha transcurrido en referencia a la patología.

Tipo de variable: Cuantitativa Continúa de Razón.

Indicador: años referidos.

Tratamiento farmacológico:

Definición conceptual: Medicamentos que un médico le otorga a un paciente que es portador de una patología ya sea aguda o crónica

Definición operacional: Se explorará para este estudio el tratamiento farmacológico aquel que refiera el entrevistado y que se sustente en el expediente clínico.

Tipo de variable: Cualitativa Nominal Politómica.

Indicador: Glibenclamida, Metformina, Insulina, Dieta, otro.

PROCEDIMIENTO:

Previo consentimiento informado fue aplicada en la consulta externa de medicina familiar una encuesta durante el mes de abril para obtener los siguientes datos sociodemográficos: Edad, género, estado civil, tipología familiar, actividad laboral, tiempo de evolución de la diabetes, el medicamento utilizado y su última glucosa de control dato obtenido del último registro del expediente clínico, se consideró al paciente controlado aquel que presentará una glucosa sérica menor de 126 mg dl, así mismo fue aplicada la entrevista para que respondieran el instrumento de DUKE para evaluar el apoyo social instrumento que consta de 11 preguntas, se evalúan dos dimensiones: 1) Apoyo confidencial y 2) Apoyo afectivo, el primero comprende la posibilidad de contar con personas para comunicarse y el segundo comprende las demostraciones de amor cariño y empatía. También se puede medir el apoyo social global incluyendo ambos el confidencial y afectivo con una estratificación de Normal y Bajo. Para determinar el grado de funcionalidad familiar se utilizó el instrumento del APGAR familiar que evalúa cinco aspectos: Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, Afecto y Resolución con opciones de respuesta: casi siempre (2 puntos), algunas veces (1 punto) y casi nunca (cero puntos). Obteniendo como resultados de 7 a 10 puntos la clasificación de familia funcional, de 4 a 7 puntos disfunción moderada y de 0 a 4 puntos disfunción grave.

Los datos obtenidos se integrarán en una sábana estadística para el análisis correspondiente, posteriormente se analizan los resultados mediante estadística descriptiva de tipo frecuencias con valores absolutos, medidas de tendencia central media e inferencial con χ^2 , r de Spearman y RM.

ASPECTOS ÉTICOS:

El siguiente proyecto de investigación se apega a los siguientes criterios:

El código de Núremberg, de 1947, elaborado después de la segunda guerra mundial y la Declaración de Helsinki; ambas promulgadas por la asamblea médica mundial de 1964 y ratificadas en Tokio en 1975 cuya resonancia y peso de reconocimiento son hoy de carácter mundial, pues estas declaraciones hacen especial énfasis en el significado y esencialidad del consentimiento informado, como también en sus límites, distinguiendo las observaciones que deben tenerse en cuenta cuando esté dirigido a individuos o comunidades. Palabras como las siguientes se han constituido en imperativos de orientación y conciencia dentro del ámbito científico:

"Siempre debe respetarse el derecho del ser humano (sujeto a investigación) a proteger su integridad, y toda clase de preocupaciones deben aportarse para resguardar la privacidad del individuo y disminuir al mínimo el efecto de la investigación sobre su integridad física y mental y sobre su personalidad".

Cumplimiento con las normas internacionales: Declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones posteriores.

Cumplimientos con normas nacionales: Reglamentos de la Ley General de Salud en Materia de investigación. 2009.

Art 13. Se respetara la dignidad y se brindara protección a los derechos del bienestar de los sujetos de estudio.

Art 14.-Fraccion V y VII se contara con el consentimiento informado en forma verbal y por escrito al sujeto de estudio.

Art 16.- Se protegerá la privacidad del estudio sujeto del estudio

Art 17.- Fracción I. Se considera un estudio sin riesgo. Se mencionara a sujetos que no sufrirá daño alguno, ya que solo responderá a las preguntas. De los instrumentos.

Art 20.- Se informara al sujeto de estudio la naturaleza de los procedimientos al que sometiera durante la realización de la investigación con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Art 21.- Fracción VII. La seguridad que no se identificara al sujeto de estudio que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad

- Art 29.- Los investigadores solicitaran el permiso para la aprobación en el desarrollo de la investigación al comité de investigación, enseñanza y ética.

- Consentimiento informado

RESULTADOS:

En el presente estudio la muestra estuvo constituida por 61 pacientes, las características sociodemográficas fueron las siguientes:

En relación al sexo: las mujeres constituyeron un 70.4% (43) y hombres 29.5% (18), la edad promedio fue de 58.2 ± 10.5 años con una edad máxima de 69 años y una mínima de 47 años, con respecto al estado civil, los casados comprendieron un 60.7% (37), solteros 29.5% (18), unión libre 8.2% (5), divorciado 1.6% (1), en lo que respecta a la actividad laboral, se encontró ama de casa con un 47.5% (29), jubilados 14.8% (9), comerciantes 13.1% (8), empleados 11.5% (7), profesionistas 6.6% (4), obreros 3.3% (2), campesinos 3.3% (2), respecto a la tipología familiar del total de 61 pacientes predominó la nuclear en un 49.2% (30), seminuclear en un 23% (14), la extensa modificada en un 13.1% (8), la extensa 11.5% (7 pacientes), la compuesta ampliada en un 3.3% (2) y la múltiple 0% (0).

El promedio de años de evolución de la Diabetes fue de 9.5 ± 8.5 años, con una máxima de 18 años y una mínima de un año, una glucemia promedio de 187.4 ± 74.8 con una máxima de 262 mg/dl y una mínima de 112.6 mg/dl.

En lo que respecta al control glucémico se identificó descontrolados un 72% (44) y controlados 28% (17) (ver cuadro 1); del grupo de los controlados el 28% (17) la glucemia fue de 112.2 ± 13.9 y los descontrolados 72% (44) con una glucemia de 216.5 ± 68.1 . En relación al apoyo social global la media fue 36 DE ± 9.7 en parámetro normal en un 62.3%, en la dimensión 1) Afectiva obtuvo un promedio de 15.1 ± 3.9 considerado como normal en un 63.9%, 2) Confidencial 20.8 ± 6.6 considerado como normal en un 67.2%.

En cuanto a la funcionalidad familiar el Apgar promedio fue de 8.9 ± 1.9 . La familia funcional fue el 83.6% (51), disfunción moderada 13.1% (8) y disfunción grave el 3.3% (2). En el grupo de pacientes controlados (17) presentaron disfuncionalidad (3) que equivale al 18% del total de ese grupo, en los descontrolados (44) presentaron disfuncionalidad (7) que representa el 16% de ese grupo (Ver cuadro 2).

En relación al tipo de tratamiento de los 61 pacientes negó el consumo de la Glibenclamida 32 pacientes correspondientes al 52.5%, en cuanto al uso de Metformina 72.1% (44) refirió consumirla, el 82% (50) no utilizan la insulina, el 93.4% (57) no tienen apego a la dieta, negó el consumo de otros fármacos el 52.5% (32).

Del análisis inferencial la correlación entre funcionalidad familiar y apoyo social global en base a R de Spearman fue de 0.32 $p=0.01$, sin significancia estadística. la asociación entre apoyo social afectivo en los pacientes controlados fue de $RM=0.67$ (0.21-2.12), entre apoyo social confidencial y pacientes controlados $RM=0.74$ (0.23-2.33), la funcionalidad familiar y pacientes controlados de $RM =0.25$ (0.05-1.38).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los pacientes.

N= 61			
Puntuación	Frecuencia	porcentaje	p
Edad	58.27±10.55		0.9
Género			
Masculino	18	29.5%	
Femenino	43	70.4%	
Estado C.			
Soltero	18	29.5%	
U. libre	5	8.2 %	0.00
Casado	37	60.7 %	
Divorciado	1	1.6 %	
Tipología Familiar			
Nuclear	30	49.2%	0.00
Seminuclear	14	23%	
Extensa	7	11.5%	
Compuesta	2	3.3%	
Múltiple	0	0%	
Extensa modif.	8	13.1%	
Act. Laboral			
Campeño	2	3.3%	0.00
Obrero	2	3.3%	
Empleado	7	11.5%	
Comercio	8	13.1%	
Profesionista	4	6.6%	
Jubilado	9	14.8%	
Ama de c	29	47.5%	

Cuadro 2. Resultados de los cuestionarios Duck-UNC-11 y APGAR

	N=61			Controlados n=17		Descontrolados n=44	
		DE	p	DE	p	DE	P
Evolución en años de ser portador de DM tipo 2		9.5±8.5	0.00	9±6.6	0.88	9.7±9.2	0.00
Glucemia		187.4±74.85	1	112.2±13.9	1	216.5±68.01	1
Apoyo social	Global	36±9.7	0.98	34.65±11.1	1	36.55±9.2	1
	Afectivo	15.1±3.9	0.60	14.18±4.0	0.98	15.50±3.8	0.06
	Confidenci al	20.8±6.6	0.30	20.47±7.6	0.74	21±6.2	0.64
APGAR		8.9±1.9	0.00	8.24	0.17	8.59±1.9	0.00

DISCUSIÓN:

La prevalencia de Diabetes detectada en la UMF 40 Nopaltepec fue de 4.20%, ENSANUT 2006 reportó el 5.4% ⁽³⁰⁾ El género predominante en este estudio fue el femenino en un 70.5%, $p=0.00$, similar a lo reportado por Ariza y Camacho del 63.1 %⁽³³⁾. Se encontró que las mujeres controladas fueron 22.9% (14) y descontroladas 47% (29) con una $p=0.02$, en un estudio de casos y controles de Cervantes y cols en el 2008 de 70 pacientes realizado en 6 UMF del IMSS delegación Querétaro predominó en ambos grupos el sexo femenino con 61 y 59% respectivamente $p=0.43$ ⁽¹⁶⁾ mientras que Pech detectó el 66% ⁽³⁰⁾, la edad promedio de los 61 pacientes de nuestro estudio fué de 58.2 ± 10.5 años; que a su vez clasificaron en controlados y descontrolados detectando en los pacientes controlados $62.47\pm$ Vs 57 ± 9.8 en el estudio de Cervantes y en los pacientes descontrolados fue 56.6 ± 10.4 Vs 53 ± 10.2 del estudio de Cervantes. ⁽¹⁶⁾ En este estudio el estado civil que predominó fué casados en un 60.7% $p=0.00$ de los 61 estudiados, mientras que Pech detectó el 89.9% de casados ⁽³⁰⁾, la actividad laboral predominante fue ama de casa en un 47.5% $p=0.00$ y Pech un 56% ⁽³⁰⁾ respecto a la tipología familiar predominante de los 61 pacientes fue la nuclear en un 49.2% $p=0.00$, el tiempo de evolución fue de 9.5 ± 8.5 años $p=0.00$ mientras que en el estudio de Pech en un 59.6% fue de 21 a 30 años de evolución ⁽³⁰⁾, una glucemia promedio de 187.4 ± 74.8 $p=1.00$ identificándose a 44 pacientes descontrolados (72%) 29 del sexo femenino (65.9%) masculinos 15 (34%) y controlados 17 (28%) de los cuales del sexo femenino 14 (82.4%) y masculinos 3 (17.6%) lo detectado por Pech fue que el 66.9% de los pacientes reportaron una glucemia por arriba de 140 mg dl predominando la normoglucemia en los hombres en un 40.5% Vs mujeres 29.2% ⁽³⁰⁾ (ver tabla 1). Referente al Cuestionario Duke que evalúa apoyo social se detectó apoyo social global en los 61 pacientes un puntaje promedio de 36 ± 9.7 $p=0.98$, mientras Cervantes encontró dicho apoyo global con una $p=0.00$, la dimensión apoyo social afectivo en este estudio la $p=0.60$ y Cervantes $p=0.01$, el apoyo social confidencial en este estudio $p=0.30$ y Cervantes $p=0.00$ ⁽¹⁶⁾. En cuanto a la funcionalidad familiar en éste estudio se encontró en el total de pacientes un puntaje promedio de 8.9 ± 1.9 $p=0.00$ mientras que Gudiño y Cols encontraron una media de 7.91 $p=0.0001$.

CONCLUSIONES:

El apoyo social y familiar constituyen determinantes en las conductas de adherencia a los tratamientos de los pacientes con patología crónica, por un lado la familia favorece el cumplimiento del tratamiento médico, mientras que el apoyo social que percibe el individuo se relaciona con el control de la enfermedad, en este estudio encontramos que el apoyo social y la funcionalidad familiar no influyen en el control del paciente diabético, si bien es cierto que el apoyo global en sus dimensiones confidencial y afectivo los resultados fueron normales en pacientes controlados y descontrolados, estos no muestran cambios significativos al estudiar únicamente a los pacientes controlados, de igual manera en este estudio las características propias de los pacientes como ser del género femenino, estar casada, ser ama de casa y pertenecer a una familia nuclear no influye en el control del paciente diabético, en cuanto a la prevalencia de pacientes diabéticos derechohabientes a esta unidad es baja comparada en relación a lo que menciona la literatura, conocer el tiempo de evolución de diabetes en estos pacientes nos permite observar que estamos ante pacientes con riesgo de complicaciones tardías como lo marca la literatura, aunado a la falta de apego al tratamiento farmacológico uso de hipoglucemiantes orales y no farmacológico falta de apego a la dieta, por lo que es de suma importancia realizar intervenciones educativas en el primer nivel de atención que puedan incidir en el control del paciente diabético, así como explorar otros factores que si influyan en el control del paciente diabético, el cual puede ser objeto de otro estudio de casos y controles.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Garber I. Atención integral del paciente diabético. La diabetes en México. Cuarta Edición, Editorial Mc Graw Hill, México, 2011: 3-7.
- 2.-Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. American Diabetes Association. Diabetes Care 32 (suppl.1): 262-267.
- 3.-Norma Oficial Mexicana NOM –015 –SSA2 –2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
- 4.- Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 21/Marzo/2013.
- 5.-Hernández AC, Elnecavé A, Huerta N, Reynoso N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. Salud pública de México 2011; 53 (1): 34 –39.
- 6.-López del Castillo D, Castañeda O, Morúa JC. Impacto del profesor visitante en la atención integral del paciente diabético en medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar 2008, 10 (1): 17 –20.
- 7.-Olaíz G, Rivera J, Shamah T. ENSANUT 2006. Cuernavaca, México. INSP, 2006.
- 8.-Rull JA, Aguilar C, Rojas R. Epidemiology of type 2 diabetes in México. Arch. Med. Research 2005; 36(3): 188-196.
- 9.-Aguilar CA, Rojas R, Gómez EJ. Early Onset type 2 diabetes in Mexican Population-based, nation-wyde Survey.Am J. Med 2002; (113): 569-574.
- 10.-Secretaria de Salud. Mortalidad 2001 en México. Sal Pub 2002; (44): 571-578.
- 11.-Lerman I. La atención del paciente más allá del primer nivel de atención. Sal Pub Mex 2007; E99-E103.
- 12.-Aguilar CA, Velázquez O, Gómez FJ. for de ENSA 2000 Group. Characteristics of the patients with type 2 diabetes in Mexico: results from alarge population-based, nation-wyde survey. Diabetes Care 2003; (26): 2021-2026.

- 13.-Glasgow RE, Hiss RG, Anderson RM. Report of the Health Delivery work Group. Behavioral research related to the establishment of the chronic disease model for diabetes care. *Diabetes Care* 2003;(24): 124-130.
- 14.-Olaíz G, Rojas R, Aguilar CA. Diabetes Mellitus in Mexican adults: results from the 2000 National Health Survey. *Sal Pub Mex.* 2007; 49 (3): S331-S337.
- 15.-Martínez NJ, Herbert I, Soler E, Chávez JR, Mota G. Apoyo social en la diabetes tipo 2. *Aten Primaria.* 2008; 40(8): 425-31.
- 16.- Cervantes RG, Martínez ML. Asociación de apoyo social y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Aten. Prim.* Abril 2012; 44(4): 237-238.
- 17.-Sánchez A, González A. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 2011; 16 (2): p 82-88.
- 18.-Ponce JM, Velázquez A, Márquez E, López Luis, Bellido ML. Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Índex de enfermería* 2009;18 (4) 276-280.
- 19.-Menéndez C, Montes A, Gamarra T. Influencia del apoyo social en pacientes con Hipertensión arterial esencial. *Atención Primaria* 2003; 31(8): 506-13.
- 20.-De la Revilla L, Espinosa JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas mayores. *Aten Primaria* 2003; 31: 587-591.
- 21.-Martínez M, Coco B, Fraile P. Eficacia de un taller de habilidades de afrontamiento en pacientes diabéticos. *Metas de enfermería.* 2007; 10(1): 23-30.
- 22.-Rodríguez A, Pinzón SA, Márquez A. ¿Tiene apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa libre de drogas en prisión?. *Medicina de Familia (And)* 2004; (1): 16-26.
- 23.- Huerta JL, Farfán G. Estudio de Salud Familiar, PAC MF-1, Colegio Mexicano de Medicina Familiar, Primera Edición 1999, Editores Intersistemas: 25-30 y 52-59.
- 24.- Piña JA, Rivera BM, Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. *Ciencia y Enfermería.* 2007; (2): 53-63.

- 25.- Arredondo A, Márquez E, Moreno F, Bazán M. Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas, Septiembre-Diciembre. 2006; 11(6): 43-48.
- 26.- Olvera S. Salazar T. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. Rev Mex de Enfermería Cardiològica 2009; 17(1-3):10-13.
- 27.-Ortega A, Osorio MF, Fernàndez AT. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermedad de a la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 2003: 19(2).
- 28.-Gómez CFJ, Irigoyen CAE, Ponce RER, selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999;1(2) 45-57.
- 29.-Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar-APGAR familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-296.
- 30.-Pech SW, Baeza JE, Ravell MJ. Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, Oct-Dic 2010; 15(4): 211-215.
- 31.-Molina CS, Bahsas F, Del Pilar M. Funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes diabéticos amputados. Revista de Fac. De Med., Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela 2009; 2(1): 8-11.
- 32.-Méndez DM, Gómez VM, García ME. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42(4): 281-284.
- 33.-Ariza E, Camacho N, Londoño E, Niño C, Sequeda C, Solano C, et al. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.). 2005; 21: 28-40.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Apoyo social y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En la UMF No. 40 Nopaltepec, Ver.						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Nopaltepec, Veracruz Marzo 2014						
Número de registro:	R – 2014 – 3102 - 8						
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: Hablar de control del paciente diabético implica pensar en una gama de influencias desde intrapersonales, interpersonales, ambientales, sin dejar de mencionar la amplia gama de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos los cuales han sido ampliamente abordados ya por diversos estudios, la medicina actual se ha vuelto más materialista y biologicista; dejando atrás la verdadera esencia de nuestra profesión, nos olvidamos que cada paciente es una unidad biopsicosocial conectada con su familia y la sociedad sin embargo nos enfocamos más solo en el aspecto biológico; sin embargo muchas veces en la atención brindada en el paciente diabético no se toma en cuenta aspectos que de alguna manera pueden ser parte de una buena evolución en razón de la patología presentada, por lo que se considera pertinente identificar la funcionalidad familiar prevalece en el entorno del paciente diabético así como el apoyo social dado, de tal manera que nos permita identificar la influencia de este último en el control o descontrol del paciente diabético, en base a los resultados obtenidos se puedan implementar estrategias que impacte de tal manera que modifiquen o tal vez cambien estilos de vida.						
Procedimientos:	Realización de encuestas a pacientes usuarios del servicio de consulta externa de Medicina Familiar previo consentimiento informado.						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la influencia del apoyo social y funcionalidad familiar en el control de la Diabetes Mellitus tipo 2.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica						
Participación o retiro:	No aplica						
Privacidad y confidencialidad:	Si						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	No aplica						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dr. Gilberto Arano Salomón						
Colaboradores:	María Yazmín Hernández Ambrosio , Rosalinda Vera Jiménez						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ACTIVIDAD	2013									2014		2015		
	Abr	May	Jun	Jul	Ag	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb a Dic	Ene	Feb	Mar
Selección del tema	***													
Recuperación bibliográfica		***	***	***	***									
Desarrollo del protocolo					***	***	***							
Construcción							***	***	***	***				
Evaluación por el CLIEIS 3102											***			
Levantamiento de datos											**			
Captura de datos											**			
1er. análisis de datos											***			
Resultados preliminares											***			
Resultados definitivos											***			
Redacción de la tesis.											***			

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No.40 NOPALTEPEC, VER.**

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES DEL PACIENTE

**APOYO SOCIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF No.40 NOPALTEPEC, VER.**

NOMBRE: _____ **NSS:** _____

Edad: _____	Sexo: _____ 1.Hombre 2.-Mujer	Estado civil: _____ 1. Soltero 2. Unión libre
Tipología familiar:		
1.- Conformación: a).- Nuclear b).- Seminuclear c).- Extensa d).- Compuesta (ampliada) e).- Múltiple f).- Extensa (modificada).		
4.- Actividad laboral a).- Campesino b).- Obrero c).- Empleado d).- Comerciante e).- Profesionista f).- Jubilado g).- Ama de casa		
5.- Tiempo de evolución en años con su Diabetes Mellitus tipo 2, es decir desde cuando algún médico le confirió que es diabético (a).		
6.- Que tipo de medicamentos está utilizando en el último mes para llevar su control glucémico.		
Glibenclamida () Metformina () Insulina () Otros () Dieta ()		
7.- Última cifra con fecha de glucemia central reportada. _____		

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL Duke-unk						
Elija la opción que se ajuste más a su forma de pensar o actuar ante el apoyo social percibido de amigos, familiares y la sociedad. Encierre con un círculo el número que corresponda con la opción		NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	SIEMPRE
1	Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3	Recibo elogios o reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
5	Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en la casa	1	2	3	4	5
7	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.	1	2	3	4	5
8	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11	Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.	1	2	3	4	5

Clasificación del apoyo

Apoyo social	Global	Afectivo	Confidencial
Normal	33 – 55	15 – 20	18 – 35
Bajo	11 – 32	4 – 14	7 – 17

**CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
(APGAR FAMILIAR)**

COMPONENTES	CASI SIEMPRE (2 PUNTOS)	ALGUNAS VECES (1 PUNTO)	CASI NUNCA (0 PUNTOS)
1.- Adaptabilidad. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2.- Participación. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3.- Crecimiento. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4.- Afecto. ¿Siente que su familia le quiere?			
5.- Resolución. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
PUNTUACION TOTAL			

FAMILIA FUNCIONAL: 07 – 10 PUNTOS

DISFUNCION MODERADA: 04 – 06 PUNTOS

DISFUNCION GRAVE: 00 – 03 PUNTOS.